

ใบสมัครเลขที่.....  
(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)



ติครูบ  
๑ นิ้ว

ใบสมัครอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ๔ เดือน  
ระหว่างวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒  
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

\*\*\*\*\*

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้สมัคร

เขตสุขภาพที่ ๔  เขตอื่นๆ.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน(๑๓ หลัก)

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นางสาว/นาง).....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) (Ms./ Mrs./ Miss).....

วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

ศาสนา.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้.....

.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (บ้าน)..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

E-mail.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่.....

.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... โทรสาร.....

ตำแหน่งปัจจุบัน..... อายุราชการ.....ปี

ประสบการณ์การห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน  เคย .....ปี  ไม่เคย

ประวัติการศึกษา

วุฒิมัธยมศึกษา

ปริญญาตรี วุฒิมัธยมศึกษา.....สาขา.....

สถาบันที่จบ.....พ.ศ.....

ปริญญาโท วุฒิมัธยมศึกษา.....สาขา.....

สถาบันที่จบ.....พ.ศ.....

ปริญญาเอก วุฒิมัธยมศึกษา.....สาขา.....

สถาบันที่จบ.....พ.ศ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (๑๐ หลัก).....

วันที่ออกบัตร..... วันที่หมดอายุ.....

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล (๕ หลัก).....

วันที่ออกบัตร..... วันที่หมดอายุ.....

เป้าหมายในกาเข้าอบรม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๒ ตรวจสอบหลักฐานการสมัคร (ใส่เครื่องหมาย ✓ ใน  ตามเอกสารที่ส่งสมัคร)

รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน (ชุดพยาบาล/ชุดข้าราชการ) ติดในใบสมัครและบัตรประจำตัวสอบให้เรียบร้อย

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา

สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ชุด (พร้อมรับรองสำเนา)

สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล จำนวน ๑ ชุด (พร้อมรับรองสำเนา) (ถ้ามี)

สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด (พร้อมรับรองสำเนา)

สำเนาปริญญาบัตรและผลการศึกษาหรือ transcript จำนวนอย่างละ ๑ ชุด (พร้อมรับรองสำเนา)

จำนวน ๑ ชุด (พร้อมรับรองสำเนา)

สำเนาใบชำระค่าธรรมเนียมสมัครสอบ ๓๐๐ บาท (พร้อมรับรองสำเนา)

ส่วนที่ ๓ การชำระเงิน

ชำระค่าธรรมเนียมสมัครสอบ จำนวน ๓๐๐ บาท (ไม่สามารถเบิกได้) ทางธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี โครงการ

หลักสูตรอบรมระยะสั้นการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เลขที่บัญชี ๑๑๕-๓-๕๐๘๔๐-๐

พร้อมส่งสำเนาการชำระเงิน มาที่ E-mail : siripun@bcns.ac.th

หมายเหตุ หากผู้สมัครได้ชำระค่าสมัครเรียบร้อยแล้ว แต่ไม่เข้ากระบวนการรับสมัครหรือเอกสารไม่สมบูรณ์จะไม่คืนเงินค่าสมัครใดๆทั้งสิ้น



ขอรับรองข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๕ บัตรประจำตัวสอบ (กรอกข้อมูลและติดรูปให้ครบถ้วน)

 <p>กระทรวง ศึกษาธิการ</p> <p>บัตรที่นั่งสอบคัดเลือกหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ชื่อ..... นามสกุล.....</p> <p>ลายมือชื่อผู้สมัคร.....</p>	 <p>กระทรวง ศึกษาธิการ</p> <p>บัตรที่นั่งสอบคัดเลือกหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ชื่อ..... นามสกุล.....</p> <p>ลายมือชื่อผู้สมัคร.....</p>
<p><u>สำหรับเจ้าหน้าที่</u></p> <p>เจ้าหน้าที่ออกบัตร..... วันที่ ...../...../.....</p>	<p><u>สำหรับเจ้าหน้าที่</u></p> <p>เจ้าหน้าที่ออกบัตร..... วันที่ ...../...../.....</p>